Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 sierpnia 1882. №32. Rok XXI.

I. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.
Podał Dr. Rydygier.

I. Pogląd historyczny na rozwój operacyi.

Wielce zasłużyli się Gussenbauer i Winiwarter, (*Die partielle Magenresection. Eine experimentelle, operative Studie, nebst einer Zusammenstellung der im path.-anat. Institute zu Wien in dem Zeitraume von 1817—1875 beobachteten Magencarcinome. Langenbecka Arch. t. XIX, zesz. 3, str. 347 i nast*). wykazując na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach, że wycięcie odźwiernika jest operacyją możliwą; a daléj, że utrata tak ważnéj części żołądka nie pociąga wcale za sobą śmiertelnych zaburzeń w jego czynnościach.

Wprawdzie już przed nimi Merrem (*Animadversiones quaedam chirurgicae experimentis in animalibus factis ill. Auct. D. O. T. Merrem, Med. Doct. Gissae, 1810)* wykonał kilka razy tę operacyję na psach z dobrym nawet skutkiem, i na podstawie swych doświadczeń zalecał ją także do wykonania na ludziach, cierpiących na raka odźwiernika. Jego polecenie atoli nie zyskało wcale uwzględnienia, jak to na owe czasy inaczéj téż być nie mogło.

Późniéj podjął Kaiser (*Beiträge zu den Operationen am Magen* w Czernego, *Beiträge zur operativen Chirurgie*, str. 95 i nast.) pod kierunkiem Czernego doświadczenia Gussenbauerowskie, i nietylko potwierdził ich wyniki, ale nadto o tyle je rozszerzył, że udało mu się wycięcie całego żołądka z dobrym skutkiem.

W ostatnim czasie Dr. Wehr, (*Zur Operationstechnik bei Pylorus-Resection. Centralblatt f. Chir. 1881, Nr. 10* i *Experimentelle Beiträge zur Operationstechnik bei Pylorusresection. Dt. Ztschft. f. Chir.* t. XVII 1 i 2 zesz.) dawniejszy mój asystent, zachęcony przezemnie, wykonał cały szereg doświadczeń w méj klinice prywatnéj; celem ich było ustanowienie najodpowiedniejszego sposobu operowania, zapewniającego i u ludzi wykonanie téj operacyi z dobrym skutkiem.

Myliłby się atoli ten, ktoby sądził, że te doświadczenia jedynie, lub w znaczniejszéj części zapewniły wykonanie téj operacyi na człowieku. Możeby z niemi podobnie było poszło, jak z doświadczeniami Merema, początkowo jeszcze jako „*curiosum*“ wspominanemi, a późniéj zupełnie zapomnianemi, gdyby inne operacyje, podjęte, szczęśliwie w całéj długości przewodu pokarmowego nie były wykazały, że wycięcie odźwiernika i na człowieku udać się może i udać się musi.

Na pierwszém miejscu wymieniam tu wycięcia jelit, tak często i z tak dobrym skutkiem w ostatnim czasie podejmowane (zob. Madelunga (*Uiber circuläre Darmnath und Darmresection. Verhandl. d. Dt. Ges. f. Chir.* X Congr. i Lgbka Arch. t. XXVII, z. 2 i moje (O wycinaniu itd. Przegl. Lek. 1881, Nr. 40, 41, 42, 43, 44) zestawienia). Ztąd dowiedzieliśmy się, że rany jelit nadzwyczaj łatwo zrastają bezpośrednio *(per primam)*, byleby je odpowiednim szwem połączyć.

Co do przełyku to Billroth (w *Lgbck Arch. f. klin. Chir.* t. XIII, str. 65) pierwszy na psach wykazał, że można kawałki okrągłe (*circulär*) z niego wycinać, a mimo to zrośnienie szybko postępuje, tworząc tylko nieznaczne zwężenie łatwe do rozszerzenia. Czerny (*Neue Operationen, Ctrbl. f. Chir. 1877, Nr. 28)* pierwszy szczęśliwie dokonał operacyi na człowieku.

Przedewszystkiém atoli operacyje na żołądku samym wykonane pokazały, że rany jego, zupełnie tak samo jak jelit, skłonne są do bezpośredniego zrośnienia; a powtóre usunęły obawę przed siłą trawiącą soku żołądkowego i wpływem jego rozpuszczającym na nowo tworzącą się bliznę.

Podług Wölflera (*Uiber die vom Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus.* Wien.) już w r. 1521 połączył pewien lekarz bawarski ranę żołądka szwami.

Siedmnaście lat temu jak Torelli (*Caso straordinario*

di ferita dello estomaco. Bull. de science med. Bol. 1878 ref. Escher w Centr. f. Chir., 1879, str. 398) wykonał prawdopodobnie pierwsze wycięcie części żołądka z dobrym skutkiem: mężczyznie 29 lat liczącemu wypadł kawał żołądka przez ranę ścian brzusznych dwukrotnie przekłuty; Torelli wypadniętą tę część 16cm. średnicy razem z ranami wyciął, a operowany jeszcze po 13 latach zupełnie dobrze się miał.

Billroth (*Wien. med. Wochenschrift*, 1877, Nr. 38) oddzielił brzegi przetoki żołądkowéj od ścian brzusznych i połączył je szwem, usuwając w ten sposób przetokę.

Esmarch (Nueber refer. o tym przypadku na VIII Zjeździe Chirurgów i H. Petersen, *Eine Magenresection zur Heilung einer Magenbauchwandfistel*. Diss. Kiel. 1880) poobcinał brzegi przetoki żołądkowéj naokoło na $^1/_2$—1ctm. szerokości, zeszył je i przetokę wyleczył.

Tak więc operacyja wycięcia odźwiernika była pod wszelkim względem dobrze przygotowaną, i słusznie powiedział Billroth, opisując przypadek swój szwu żołądkowego: Potrzeba tylko jeden krok śmiało naprzód postąpić, żeby od téj operacyi przejść do wycięcia zrakowaciałéj części żołądka (*Es ist von dieser Operation zur Resection eines Stückes carcinomatös degenerirten Magens nur noch ein kühner Schritt zu machen*).

Śmiały ten krok zrobił pierwszy francuzki chirurg Péan (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, str. 517 i nast.). Dnia 9 kwietnia 1879 r. wyciął on zrakowaciały odźwiernik na usilne życzenie chorego. (Tak do tego przypadku, jako i następnych wrócę jeszcze w toku rozprawy opisując sposób operowania, a nadto załączam jako dodatek I. zupełne zestawienie dotychczas wykonanych i ogłoszonych wycięć odźwiernika). 5go dnia po operacyi chory jego umarł na ogólny upadek sił, kiedy właśnie robiono przygotowania do trzeciego przetoczenia krwi.

Przeszło $1^1/_2$ roku późniéj (d. 16 listopada 1880 r.) wykonałem (Wycięcie itd. Przegl. Lek., 1880, Nr. 50, i *Dt. Zeitschrift f. Chir*, XIV t., 3—4 z. *Verhandl. der Dt. Ges. f. Chir. X Congr.*) drugą operacyję tego rodzaju na chorym $64^3/_4$ lat liczącym, przysposobiwszy się poprzednio ćwiczeniami na trupie i zwierzętach żywych. Mój chory umarł w 12 godzin po operacyi.

Dnia 29 stycznia 1881 r. wykonał Billroth (*Offenes Schreiben an Herrn Dr. L. Wittelshöfer, Wien. med. Wochenschrift, 1881, Nr. 6*; *Wölfler, Ueber die vom Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus Wien, 1880; Wölfler, Zur Resection des carcinomatösen Pylorus. Wien. med. Wochenschrift, 1882, Nr. 14*) trzecie wycięcie odźwiernika: pierwszy to przypadek, który się szczęśliwie zakończył; chociaż chora (Heller Teresa) niestety wkrótce po wyzdrowieniu umarła na recydywę.

Dwa następne wycięcia, podjęte przez Billrotha, zakończyły się śmiertelnie; czwarte na jego klinice, przez Wölflera wykonane, zakończyło się szczęśliwie i chora jeszcze w rok po operacyi żyła; tak samo piąta chora, przez Billrotha operowana, wyzdrowiała i nie dostała recydywy.

Po Billrocie operowali w raku odźwiernika: Bardenbauer (3 razy), Kitajewsky, Weinlechner, Jurié, Lücke, Czerny, Nicolaysen, Berns, Hahn, Gussenbauer i Langenbeck. Niestety wszystkie te przypadki z wyjątkiem Czernego (*Kuh, Eine Pylorusresection*, Lgbcka Arch., XXVII tom, 4 z.) zakończyły się śmiertelnie.

W ostatnim czasie podjąłem wycięcie odźwiernika (mój drugi przypadek) z powodu zwężenia wywołanego wrzodem okrągłym téj okolicy (Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika we wrzodzie żołądka. Wyzdrowienie. Przegl. Lek., 1881, Nr. 50 i *Berl. klin. Woch.*, 1882, Nr. 3). Chora wyzdrowiała, a po 6 miesiącach mogłem ją czerstwą i dobrze odżywioną przedstawić kolegom zgromadzonym na ostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie. Niedawno badałem chorą tę powtórnie i znalazłem, że zawsze dobrze się miewa i znajduje się w 2giéj połowie ciąży. Jestto pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika we wrzodzie żołądka, a zakończyl się wyzdrowieniem zupełném.

Drugie wycięcie odźwiernika z powodu wrzodu żołądka wykonał Lauenstein (*Ein unerwartetes Ereigniss nach der Pylorusresection. Centralblatt f. Chir.*, 1882, Nr. 9), wprawdzie mniemając że ma do czynienia z rakiem, a dopiero późniejsze dokładne badanie wykazało, że guz powstał w skutek zlepień i bliznowatych zgrubień. Przypadek Lauensteina zakończył się śmiercią.

Na zakończenie tego historycznego przeglądu dodam, że w końcu r. 1880 Albert (*Lehrbuch der Chirurgie*, 2 wydanie, III tom, str. 379) podjął szereg doświadczeń w mniemaniu że wycięcie części żołądka, o ile możności jak największéj, pewnie powinno zabezpieczyć przed recydywą, a nadto mniéj być niebezpiecznym, niż operacyja Péana. Sposób swój opisuje Albert jak następuje: „*Zwischen zwei Klemmen, der Dupuytrenschen Darmscheere ähnlich, wird der Magen vom Duodenum abgetrennt; der Rest wird wie ein in Klammer gefasster Stiel einer Cyste behandelt; das Duodenum wird in die Wunde ringsum eingenäht; es wird also sein Anfangsstück den Eingang zum Darmcanal bilden*".

Wölfler (*Gastro-Enterotomie, Centralblatt f. Chir.*, 1881, Nr. 45) zaś zalecił utworzenie przetoki żołądkowo-jelitowéj (*Gastro-Enterotomie*) w przypadkach raka odźwiernikowego nienadających się już do wycięcia odźwiernika.

(C. d. n.)

II. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,

b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

II.

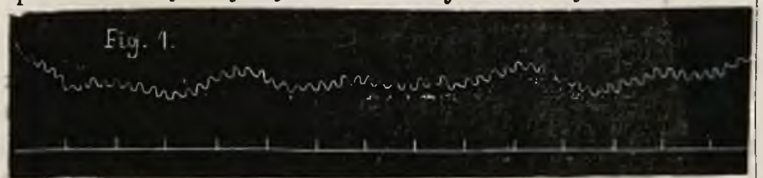
Tętno prawidłowe. — Dławienia powolne i dławienia nagłe. — Objawy wśród tegoż. — Natychmiastowe porażenie ruchów oddechowych — Zachowanie się źrenic. — Obrazy sfigmograficzne. — Oględziny pośmiertne. — Wnioski odnośne.

Aby należycie ocenić różnicę w pojedynczych przypadkach nieodzownem jest przedstawienie poprzednie stosunków prawidłowych. Rzecz naturalna, że tylko zgodność licznych doświadczeń, tożsamość licznych obrazów sfigmograficznych, otrzymanych wśród tychże samych warunków, uprawnia do przyjęcia pewnego obrazu za typowy, prawidłowym stosunkom odpowiadający.

Z kilkudziesięciu doświadczeń otrzymaliśmy następujące wyniki.

Fig. 1. przedstawia graficznie parcie krwi przy powolném płytkiém oddychaniu. Obrazy tego rodzaju, otrzymywane zazwyczaj w kwadrans po rozpoczęciu doświadczeń i narkozy, przedstawiają dość znaczne wahania, odpowiadające oddechom, nie mniéj i drobne krzywizny tętna są

dość wyraźne. Nadto widoczną jest rzeczą, iż ich liczba, jednemu oddechowi odpowiadająca, nie zawsze jest jednostajną, raz mamy szczytów 9, innym razem 10 lub 8. Wzniesienie pionowe całéj krzywéj nieznaczne tylko okazuje różnice.



Fg. 2. przedstawia parcie krwi przy nieco szybszych ruchach oddechowych jak poprzednio, ilość ich jednak jeszcze w prawidłowych granicach, bo 48 na minutę, jak to w przecięciu było u królików użytych do naszych doświadczeń.

Przebieg krzywych linij jest względnie dość regularnym. Ilość drobnych szczytów na jedném wzniesieniu oddechowém waha się między 6 a 7; wzniesienie pionowe prawie wszędzie jednakie, drobne, zaledwie dostrzegalne różnice śmiało mogą być za przypadkowe uważane.

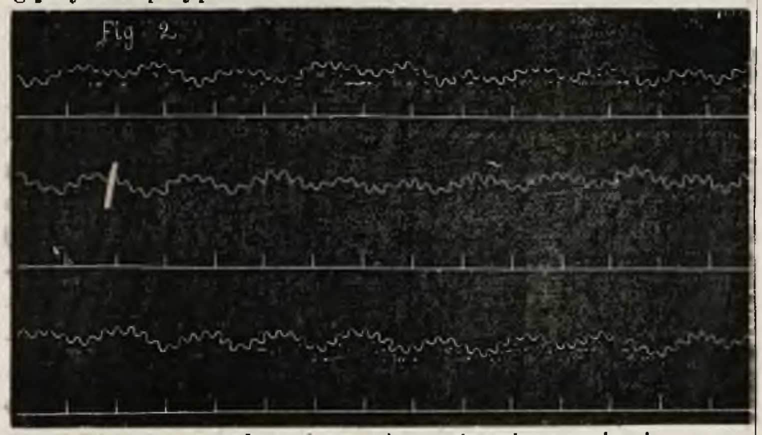
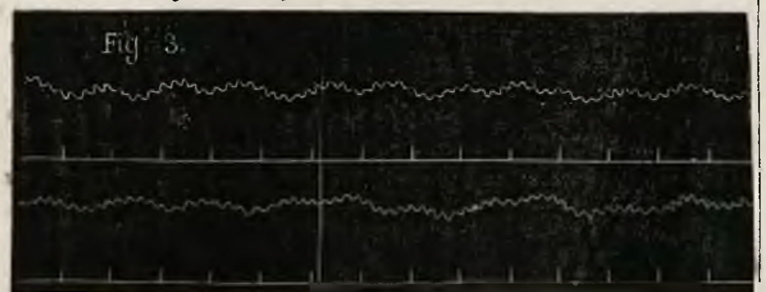


Fig. 3. przedstawia zachowanie się parcia krwi po upływie $^1/_2$ godziny od rozpoczęcia doświadczenia. Pomiędzy szeregiem obrazów, — z których ten jest wyjęty, — a obrazkiem poprzednim istnieje znaczna różnica, i to w dwojakim kierunku: wzniesienie pionowe krzywizn jest mniejsze i wysokość drobnych szczytów także jest widocznie mniejszą.



Zwierzę oddycha płytko i ruchy serca, jakkolwiek ilościowo nie zmienione, są znacznie słabsze co do energii.

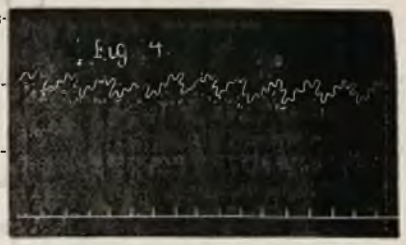
Umyślnie chciałem się przekonać o wpływie dłuższego eksperymentowania na zwierzęciu na parcie krwi, dla uniknięcia pomyłek na późniéj.

Ponieważ chodzi tylko o wartości względne, a wahania w tymże kierunku należyte dają nam pojęcie o przebiegu zjawiska, dlatego nie siliłem się nigdzie na manometryczne liczbowe oznaczenie wysokości parcia; wysokość czyli wzniesienie pionowéj krzywéj w całości porównana z wysokością krzywéj otrzymanéj wśród odmiennych warunków, wystarcza w zupełności do poznanią różnic.

W rysunkach fig. 1. i 3. gdzie zwierzęta oddychały płytko i krzywizna okazuje mniejsze wzniesienie. Przeciętna ich wysokość, tj. prostopadle spuszczona ze szczytu krzywéj na poziomą, uważaną za normalną, wynosi w tych moich doświadczeniach dwa rzadko trzy milimetry; w obrazku znów fig. 2. przedstawiającym oddechy prawidłowe, miernie głębokie, waha się długość téj linii, wzgl. wysokość krzywéj, między czterema a pięcioma milim. Ponieważ to wzniesienie się pionowe tak krzywizny oddechowéj jak i drobnych szczytów „tętna" wyobraża wielkość parcia krwi, przeto różnice w powyższych obrazkach sfigmograficznych wyrażone słowami świadczą, że w pierwszych dwu przypadkach, tj. przy oddechach płytkich, u królików parcie krwi jest mniejszém jak przy oddechach głębokich.

Znając tedy zachowanie się parcia krwi w warunkach zwyczajnych, chciałem się przekonać, na podstawie własnego dochodzenia, jak wpływa na objaw powyższy znaczniejsze zwężenie tchawicy, zamykające mniéj więcéj połowę jéj światła. (Doświadczenia te wykonywane były taśmą). Zwężenie trwało minut 15, a typem obrazów sfigmograficznych odnośnych jest fig. 4 (zmniejszona o połowę).

Na niéj widzimy następujące szczegóły:



1) Krzywizny oddechowe są wyższe;

2) Ilość krzywizn (wzniesień) oddechowych jest większą;

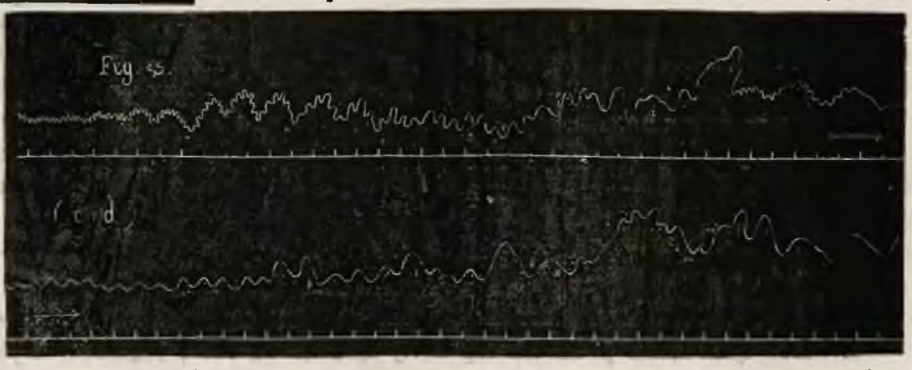
3) Drobne szczyty „tętna" w przeważnéj części niezmienione, gdzieniegdzie tylko są nieco wyraźniejsze, większe, czyli wyrażając powyższe uwagi słowami możemy twierdzić: ilość oddechów, skutkiem zwężenia tchawicy, jest większą, lecz mało co, jednak parcie krwi zwiększa się niestosunkowo znaczniéj, gdyż blizko w trójnasób, (wysokość jednéj krzywizny dochodzi tu do 1 cm. podczas gdy normalna w naszych doświadczeniach zaledwie 3—4 mm. wynosi).

O ile objawy zwężenia tchawicy, ze względu na parcie krwi, różnią się od objawów przy duszeniu powolném występujących, widoczném będzie niżej.

Duszenia powolne zazwyczaj wymagały jednéj minuty czasu aż do zupełnego zamknięcia tchawicy. Chwila rozpoczęcia ściskania tchawicy oznaczona jest na obrazku sfigmograficznym: +.

Wyniki reprezentują obrazki oznaczone fig. 5 (zmniejszona o połowę).

W pierwszéj fazie, pomimo zwężenia tchawicy, istnieje



czas, wprawdzie trwający tylko kilka sekund, gdzie nie widać żadnéj reakcyi w parciu krwi, przez cały następny ciąg doświadczenia i po ustawaniu ruchów serca jeszcze utrzymuje się parcie na znacznéj wysokości.

Sekcyje odbyte tuż po śmierci lub co rzadziéj i późniéj w godzinę zawsze wykazywały lewą połowę serca silnie skurczoną, podczas gdy prawa była wiotką, rozkurczoną.

W chwili rozpoczęcia ściskania tchawicy podwyższa się nieco parcie krwi, prawdopodobnie tylko skutkiem mechanicznego podrażnienia, przy następowém ustawicznie jednostajném ściskaniu tchawicy stają się oddechy nieregularne, kilka głębokich wdechów wyprzedza okres oddechów nader płytkich, bo nawet często na obrazie nieuwidoczniających się. Zupełne zamknięcie tchawicy, przypadające na tę chwilę, nie sprowadza znaczniejszych zaburzeń, aż dopiero po upływie kilku sekund pojawia się kilka oddechów głębokich, będących jak obrazek wskazuje już ostatniemi. Drgawki nie wystąpiły.

Parcie krwi w tych przypadkach przedstawia trzy chwile raptownego wzniesienia się, z których środkowe najwybitniéj się manifestujące, odpowiada kiku głębokim wdechom tuż po zupełném zamknięciu tchawicy. P a r c i e w o g ó l n o ś c i s t a j e s i ę b l i z k o d z i e s i ę ć r a z y w i ę k s z é m, r u c h y s e r c a r z a d s z e; przy ustaniu ruchów serca parcie w ogólności staje się słabszém (o $^1/_3$ blizko), zawsze wszelako przewyższa kilkakroć normalne. Skurcze serca stają się częstsze, późniéj rzadsze, lecz energiczniejsze wzmagające się przez kilka sekund, gdy parcie najwyższe, a znów po upływie kilku sekund opadając dość nagle ustają wreszcie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

A- F o u r n i e r : **De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes specifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint Louis.** Paris. 1882. G. Masson, éditeur. W 8ce, str. 396.

Nader ważna kwestyja stosunku wiądu pacierzowego do kiły w tylu pismach i broszurach w ostatnich czasach poruszana i omawiana doczekała się obecnie w pracy F o u r n i e r a obrobienia, które pod każdym względem przynosi chlubę autorowi a lekarzowi daje gruntowną wskazówkę, jakie w téj sprawie zająć ma stanowisko. Dla tego nie od rzeczy będzie zapewne obznajomić Czytelników Przeglądu Lekarskiego z tém najnowszém dziełem znanego już zaszczytnie autora, podając treść jego.

Na wstępie zwraca autor uwagę na ważność kwestyi tak pod względem naukowym jak i praktycznym tém więcéj, iż chodzi o chorobę, któréj leczenie w okresach późniéjszych nader mało jest skuteczne, chorobę przeto, któréj trzeba zapobiegać wszelkiemi siłami.

Autor już w roku 1875 wystąpił publicznie z twierdzeniem, że kiła, zająwszy pewną część rdzenia pacierzowego, skłonną jest do przybrania postaci wiądu pacierzowego. Twierdzenie to poparł F. postrzeżeniami klinicznemi własnemi i cudzemi, spotkał się jednakowoż z wielką opozycyją, skutkiem któréj, nie biorąc całkiem pod uwagę dawnych swych postrzeżeń, postanowił na nowo przystąpić do rozwiązania kwestyi i oprzeć się na zupełnie nowych badaniach klinicznych. Wypadkiem ich jest znów twierdzenie, że ***najczęściéj wiąd pacierzowy jest objawem kiły.***

Lekarze tymczasem podzielili się w téj sprawie na różne obozy, których opinije dają się streścić w czterech następnych zdaniach:

1) Wiąd pacierzowy jest najczęściéj przypadem i skutkiem kiły.

2) Między wiądem pacierzowym a kiłą nie ma żadnego związku patogenetycznego.

3) Kiła, nagabując tylne sznury rdzenia pacierzowego, może wywołać pewne przypady wiądu pacierzowego, lecz nie może być powodem wiądu pacierzowego jako zmiany anatomicznéj w pewnym systemie rdzenia pacierzowego.

4) Kiła może wywołać wiąd pacierzowy pośrednio, tak ak może przyczynić się do powstania niedokrewności, suchót płucnych, ogólnego charłactwa.

Ażeby oświadczyć się za jedném z tych zdań, trzeba wprzód odpowiedzieć na następne pytania:

a) czy kiła poprzedza naprawdę tak często wiąd pacierzowy?

b) w jakiéj formie klinicznéj objawia się wiąd pacierzowy występujący po kile i na czém opiera się uznanie go za objaw kiły?

c) Jaką korzyść odnoszą z leczenia przeciwkiłowego dotknięci wiądem pacierzowym, który mamy prawo przypisywać kile? a nakoniec

d) czy są dostateczne dowody na to, żeby można w pewnych razach odnieść wiąd pacierzowy do kiły, jak skutek do przyczyny.

Co do *a)* przywodzi F. daty statystyczne wielu autorów i własne, porównywa je ze sobą a biorąc średnią z poszukiwań tych lekarzy, którzy na stosunek kiły do wiądu pacierzowego szczególniejszą zwrócili uwagę, jak V u l p i a n (75%), G o w e r s (70%), E r b (88%), Q u i n q u a u d (100%) i on sam (91%) dochodzi do wniosku, że ***przynajmniéj 80% wszystkich przypadków wiądu pacierzowego poprzedziła kiła,*** co w obec innych przyczyn domniemanych, a przecież nie tak częstych, jak zaziębienia się, nadużycia płciowe, wzruszenia moralne samo przez się nasuwa myśl, że kiła jest właściwą przyczyną wiądu pacierzowego.

Co do *b*), to zasługują na uwagę następujące okoliczności z doświadczenia wzięte:

1) ***wiąd pacierzowy jest prawie wyłącznie objawem kiły trzeciorzędnéj.*** Z pomiędy 89 przypadków wiądu pacierzowego ani jeden nie rozwinął się podczas kiły drugorzędnéj, a 85 rozwinęło się po trzecim roku choroby;

2) ***wiąd pacierzowy*** poczynać się może w każdym czasie kiły trzeciorzędnéj, poczyna się atoli najczęściéj między 6. a 12. rokiem choroby, t. j. ***w środku okresu trzeciorzędnego kiły***; bywają atoli przypadki, gdzie występuje i w 2gim i po 22. roku od pojawienia się pierwotnéj zmiany kiłowéj.

Pod względem przyczyny sadowienia się kiły w rdzeniu pacierzowym tak iż skutkiem tego powstaje wiąd pacierzowy najczęściéj nie mógł F. wyśledzić żadnego szczególniejszego do tego powodu, z czego wnosi, iż kiła sama przez się bez żadnéj przyczyny osobnéj może nagabywać rdzeń pacierzowy i tym sposobem prowadzić do jego wiądu. W niektórych tylko przypadkach udało się autorowi wykryć okoliczności, które mogły dodatkowo popierać zajęcie rdzenia pacierzowego przez kiłę, a temi były: nadużycia rozmaitego rodzaju, ekscesa płciowe, zbytnie używanie wyskoku, nieregularny tryb życia, osobliwie przy nadmierném wytężeniu układu nerwowego, dziedziczne usposobienie newropatyczne.

Co do wieku, poczyna się wiąd pacierzowy najczęściéj między 24. a 59. rokiem życia a to w $^2/_3$ przypadków między 24. a 35., w $^1/_3$ między 36. a 59. rokiem.

Pod względem płci miał F. na 103 przypadków u mężczyzn tylko 4 u kobiet, a lubo kiła jest u kobiet rzedszą niż u mężczyzn, to jednak z uwagi, iż według własnéj statystyki autora w Paryżu na 8 do 9 mężczyzn kiłowych przypada jedna kobieta tą chorobą dotknięta, wypada, iż ***wiąd pacierzowy jest u kobiet o wiele rzedszy, niżby to odpowiadało pojawianiu się u nich kiły w ogólności.***

Pod względem rodzaju i stopnia kiły, która poprzedziła wiąd pacierzowy, dochodzi autor po zbadaniu dokładném 84 przypadków do wniosku, że ***wiąd pacierzowy pojawia się bardzo przeważnie w przypadkach poprzedzonych i to kiłą lekką,*** i to lekką tak ze względu na małą ilość przypadów jak i łatwe ustępowanie pod wpływem właściwego leczenia lub nawet bez niego. Okoliczność tę ma, jak już wiadomo, wiąd pacierzowy wspólną z kiłą mózgu a i Gałęzowski uważał większe zboczenia w narządzie wzrokowym przeważnie u ludzi, którzy przebyli lekką formę drugorzędną. Rzecz to, jak łatwo pojąć, nader ważna pod względem rokowania i leczenia, bo ***zabrania spodziewać się spokojnie pomyślnej zupełnie przyszłości w lekkich przypadkach, jak je nakazuje starannie leczyć właśnie dla tego, że są lekkie w pierwszych okresach.***

Pod względem leczenia przeciwkiłowego u dotkniętych wiądem pacierzowym udało się Fournierowi otrzymać w 79 przypadkach dokładne daty, z których wypada, że w 73 z pomiędzy nich leczenie nie trwało dłużéj nad rok a z tych w 46 znów nie trwało nad 3 do 4 miesięcy, z czego wniosek oczywisty, ***że wiąd pacierzowy kiłowy występuje głównie u ludzi na kiłę niedostatecznie leczonych,*** co swoją drogą napawa otuchą, że pilne i wytrwałe leczenie przypadków lekkich zdoła zapobiedz tak groźnemu w przyszłości niebezpieczeństwu, jakiém jest wiąd pacierzowy.

Ponieważ ***przypady wiądu pacierzowego*** są skutkiem ***nie rodzaju,*** lecz tylko ***usadowienia się zmiany anatomicznéj*** w pewnych częściach rdzenia pacierzowego, rzecz oczywista, iż ***wiąd pacierzowy kiłowy nie może zasadniczo różnić się od wiądu pacierzowego niekiłowego.*** Tak też okazuje doświadczenie. Z przypadów przeto właściwych wiądu pacierzowego nigdy o jego przyczynie sądzić nie można. Ztąd atoli bynajmniéj nie wypada, aby wiąd pacierzowy kiłowy niczém nie rożnił się od wiądu pacierzowego niekiłowego; różnica atoli polega tylko na przypadach, że tak powiemy, dodatkowych, sposobie łączenia się przypadów, ich rozwoju a przedewszystkiém na przyłączaniu się objawów, które w obręb zwykłego wiądu pacierzowego nie wchodzą.

Długi okres czasu, w jakim przebiega wiąd pacierzowy, dzieli się naturalnie na trzy części.

W pierwszéj, którą możemy nazwać okresem przed bezładem ruchów, nie ma jeszcze tych szczególnych przypadów, które wywodzimy z bezładu ruchowego. Okres drugi, bezładu, stanowi okres najwyraźniejszego występowania bezładu, jako przypadu najwybitniejszego, najcięższego i bardzo dokuczliwego.

Okres trzeci jest zakończeniem.

Okres pierwszy czyli okres przed bezładem ruchowym.

Okres pierwszy, przed bezładem, jest najważniejszy, bo jedynie w tym okresie możemy być chorym naprawdę pomocni, gdy późniéj jesteśmy w stanie, co najwięcéj, tylko chwilową przynieść ulgę. Chodzi więc o to, aby chorobę odkryć w samym początku. Dla tego wypada nam zastanowić się gruntownie nad najważniejszemi objawami wiądu pacierzowego kiłowego.

Pamiętać trzeba, że zboczenia czynnościowe trwać mogą długo, nim przyjdzie do bezładu a z drugiéj strony zboczenia tego okresu mogą pozostać same przez całą chorobę tak iż do bezładu nie przychodzi nigdy. Jest to przeto wiąd pacierzowy bez bezładu.

Najgłówniejszém znamieniem wiądu pacierzowego przed bezładem jest jego wielopostaciowość, która sprawia, że, bez przesady mówiąc, nie ma dwóch przypadków zupełnie jednakich i że dopiero dalszy przebieg choroby nadaje przypadkom z początku tak do siebie różnym podobieństwo. Tak np. u jednego rozpoczyna się choroba bólami błyskawicznemi, u drugiego napadami żołądkowemi, u trzeciego porażeniem mięśniów ocznych, u czwartego upośledzeniem bystrości wzroku, u piątego osłabieniem nóg, u innego nakoniec osłabieniem pęcherza moczowego, zmniejszeniem popędu płciowego lub przeciwnie jego podwyższeniem.

Dla łatwiejszego przeglądu można objawy początkowe wiądu pacierzowego kiłowego podzielić na 8 gromad: 1) zboczenia w zakresie czucia w ogólności, 2) zboczenia w innerwacyi ruchowéj mięśniów ocznych, 3) zboczenia w zakresie organów moczopłciowych, 4) zboczenia w ruchach ze zmianą miejsca, 5) zboczenia w zakresie wzroku, 6) napady żołądkowe, 7) przypady krtaniowe, 8) inne przypady rzedsze.

1) ***Zboczenia w zakresie czucia*** są najpospolitszemi objawami rozpoczynającego się wiądu pacierzowego kiłowego a występują w rozmaitych formach. Jedną z nich są ***bóle błyskawiczne*** noszące swe miano dla tego, ponieważ na wzór błyskawicy nagle powstają i nagle również znikają. Bóle błyskawiczne są nieraz bardzo długo, nieraz przez lata całe jedynym objawem choroby. W samych początkach przed bezładem są one zazwyczaj lekkie i występują w rzadkich napadach. Ztąd téż bardzo często nie poznają się lekarze na ich znaczeniu klinicznéem uważając je mylnie za newralgije lub reumatyzm, a ponieważ chorzy przeciwko bólom i lekkim i rzadkim nie szukają pomocy lekarskiéj, przeto łatwo pojąć, iż dopiero dokładna anamneza w późniejszych okresach choroby wyświeca, lubo po niewczasie, ich prawdziwe znaczenie. Ztąd słusznie wywodzi F., że bóle błyskawiczne u ludzi kiłowych zasługują na jak największą uwagę ze strony lekarza i uprawniają go do energicznego leczenia przeciwkiłowego, jeżeli ma się zażegnać— o ile można— grożące ze strony wiądu pacierzowego niebezpieczeństwo. (C. d. n.)

Dr. E. Heller: **Simulation und ihre Behandlung.** Fürstenwald, 1882, w 8ce, str. 180.

Nauka o udawaniu chorób cielesnych i umysłowych, która dawniéj stanowiła jeden z najważniejszych działów medycyny sądowéj, coraz bardziéj traci na znaczeniu, albowiem nie ulega zaprzeczeniu, że częstość udawania pozostaje w odwrotnym stosunku do postępu nauk lekarskich. Im bardziéj udoskonala się badanie, tém mniejszego powodzenia spodziewać się mogą symulanci, i dla tego coraz rzadziéj zdarzają się przypadki udawania. A ponieważ przyjęła się obecnie zasada, że lekarz sądowy powinien walczyć z symulantami tylko taką bronią, jakiéj mu dostarcza umiejętność, i że nie ma prawa stosowania środków nielekarskich, nad-

zwyczajnych, inkwizycyjnych, w celu rozbrojenia przeciwnika, więc dochodzenie symulacyi nie jest niczém innóm, jeno ścisłém badaniem lekarskiém, co prawda nieraz wymagającém specyjalnéj znajomości rzeczy (psychijatrycznéj, okulistycznéj, otyjatrycznéj), a tém samém nauka o symulacyi przestała być nauką, i ztąd słusznie nowsi autorowie (jak np. Hofmann) już jéj nie poświęcają działu osobnego w dziełach sądowo-lekarskich. Każdy doświadczony lekarz sądowy przyzna, że w praktyce swojéj bardzo rzadko spotyka się z symulantami, a jeżeli się spotyka, że zwykłe środki badawcze w zupełności wystarczają do rozpoznania zdrowia lub choroby, — że nierównie częściéj ma do czynienia z ludźmi chorymi lub cieleśnie obrażonymi a cierpienie swoje przesadzającymi, aniżeli zdrowymi a chorobę udającymi. Inaczéj się ma rzecz z lekarzami wojskowymi; oni nierównie częściéj mają do czynienia z symulantami, którzy chcąc uwolnić się od służby wojskowéj uciekają się do udawania rozmaitych chorób, a popisowi zwłaszcza spodziewają się powodzenia, ponieważ krótki czas, wyznaczony dla zbadania jednostki, często nie wystarcza do rozpoznania prawdziwego stanu rzeczy. Ztąd się tłumaczy, że w przeciągu dwóch lat ukazały się dwa dzieła, traktujące o symulacyi, a napisane przez lekarzy wojskowych. O pierwszém, napisaném przez rodaka naszego, starszego lekarza sztabowego w armii austryjackiéj Dra Derblicha *(Die simulirten Krankheiten der Wehrpflichtigen.* Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1880, w 8ce, str. 183), jakkolwiek przedmiot wyczerpującém, nie zdaliśmy sprawy w swoim czasie, ponieważ dziełko to ogranicza się, jak tytuł jego zapowiada, do symulacyi popisowych; drugie, którego autorem jest lekarz wojskowy pruski, a którego tytuł podaliśmy w nagłówku, zakreśliło sobie szersze ramy, bo traktuje o symulacyi w ogólności i jest przeznaczoném nietylko dla lekarzy wojskowych, ale także sądowych i więziennych; dla tego z obowiązku swego choć krótką zdać musimy z niego sprawę.

W ogólności nie mamy autorowi nic ważniejszego do zarzucenia; traktuje on wszystkie możebne choroby, których udawanie według jego doświadczenia się zdarza, ale przeważnie ze stanowiska wojskowo-lekarskiego; po uwagach ogólnych zastanawia się nad chorobami płuc i serca, nad nerwicami i chorobami umysłowemi, następnie przechodzi do chorób ócz i uszu, a w końcu mówi o chorobach przyrządu moczo-płciowego, o przeszkodach ruchowych, o chorobach skórnych, oraz o samookaleczeniu się; wszędzie, przyznać musimy tak pod względem rozpoznawczym, jakoteż środków służących do wykazania symulacyi, stoi na wysokości nauki i jakkolwiek, właśnie jako lekarz wójskowy, widzi może za czarno—tak przynajmniéj zdaje się lekarzowi sądowemu, — to przecież nigdzie nie zachwala stósowania środków nielekarskich, co jako zasługę policzyć mu musimy. Liczna i ciekawa kazuistyka (54 przypadki) jest nie małą zaletą książki.

W szczególności jednak nie zawsze moglibyśmy się zgodzić z autorem. Tak np. epilepsyję psychiczną nazywa „wynalazkiem,“ daléj twierdzi, że „bez utraty samowiedzy i bez kurczów nie ma epilepsyi,“ obłąkanie moralne nazywa chorobą „rzekomą“ itd.; są to zapatrywania niekoniecznie licujące z doświadczeniem większości lekarzy.

Pomimo nielicznych usterków takich i pomimo nader licznych błędów drukarskich dziełko, o którém mowa, jest polecenia godném; nie możemy jednak pominąć milczeniem, że pod jednym względem autor niekorzystne robi wrażenie. Dostarcza on niestety dowodu, że „Bartek Zwycięzca z Pognębina“ nie był utworem fantastycznym, lecz z życia wziętym. Polacy służący w armii pruskiéj umieją wprawdzie zdobywać armaty, ale zdaniem naszego Prusaka należą do rasy pośledniejszéj a dlatego o „rekrutach narodowości polskiéj“ opowiada rzeczy niestworzone. I tak symulanci narodowości polskiéj okazują według niego rzadką szczególnotkliwość w obec wody zimnéj (?) i dlatego ranne obmywania wodą zimną mają dla nich być prawdziwym postrachem. Żołnierz Polak tłumaczący rodakom swoim nowozaciężnym rotę przysięgi, do ustępu, grożącego rozstrzelaniem *ex propria diligentia* dodaje: „i leżeć musi na drodze jak pies zdechły.“ Rekrut „narodowości polskiéj“ autora przypomina nam owego Germana, poległego w boju z Rzymianami, na którym Galen po raz może pierwszy wykonał sekcyję, a którym się kilkakrotnie popisuje; ani autor nasz nie pomyślał o tém, że nie rozumiejąc mowy biednego rekruta „narodowości polskiéj“ nie może się z nim porozumieć, jak z rekrutami narodowości germańskiéj, a gdyby wycieczki jego miały służyć jako dowód, że rekruci polscy nie bardzo się zachwycają służbą w armii pruskiéj, to odesłać go musimy do innego faktu, sprawdzonego przez lekarza niemieckiego, że zwiększająca się częstość samobójstwa w Prusiech, a głównie w Berlinie, pozostaje w związku z powszechną służbą wojskową, zkąd zaczerpnąć może dowód, że i rekruci niemieccy także nie czują się szczęśliwymi w przymusowym swoim zawodzie. *L. Blumenstok.*

IV. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

XI.

d) Podsekcyja medycyny teoretycznéj. Posiedzenie d. 28 maja. Przewodniczący Dr. Chudoba.

Dr. Ehrmann. Na podstawie preparatów zabarwionych chlorkiem złota, oraz na podstawie spostrzegania żywego utkania, prelegent doszedł do następujących wniosków, opartych na doświadczalnych badaniach: 1) tkanka łączna jest histologiczną i morfologiczną jednostką, 2) protoplazma spływa się i rozpływa się, oraz ulega prądom wewnętrznym, 3) zmiana barwy protoplazmy, w barwnych komórkach zależy od tych wewnętrznych prądów.

Dr. Drozda: O chorobowych zboczeniach mowy. Prelegent podał zakres pojęcia „mowy“, i wskazał na jéj niezmierne znaczenie dla człowieka, gdyż mowie to zawdzięczamy szybki rozwój i dojrzałość duchową. Ażeby mowa mogła być wiernym tłumaczem naszych duchowych czynności, należy się ażeby przedstawiała właściwy zakres rzeczy, i ażeby posłużyć się mogła dobrze określającym wyrazem. Chorobowe zboczenia mowy przedstawiają się dwojako: jako wady biegu myśli naszych *(logopathia, dyslogia)*, i jako zboczenia wyrażenia tych myśli (*lalopathia*); prelegent wytknął sobie cel pomówienia o téj drugiéj kategoryi. Mowa uzasadnia się na dykcyi i artykulacyi: dykcyja jest wynikiem nader skomplikowanego współudziału czynności zmysłowo-umysłowych, artykulacyja jest prostą czynnością układu ruchowego. Wady dotyczące wyrażania się (*lalopathia*) należy podzielić na zboczenia dykcyi (*dysphasia*) i zboczenia artykulacyi (*dysarthria*). Znamy cały szereg zboczeń dykcyi, jak mowa leniwa (*bradyphasia*), gadatliwość (*tumultus sermonis*), wreszcie liczne formy bezmówności (*aphasia atactica, amnestica, paraphasia, agramatismus* itd.). W dalszym

toku prelegent mówi o zboczeniach artykulacyi mowy (*dysarthria*), które dzieli na *a*) dyslaliję, t. j. zboczenie artykulacyi w skutek wad bądź wrodzonych, bądź nabytych narządu głosu i obwodowego czucia ruchowego, i na *b)* zboczenie artykulacyi ośrodkowe, polegające na uszkodzeniu włókien przewodnich mózgu, na zmianach miąższowych w rdzeniu przedłużonym. Znamy następujące zmiany artykulacyi: alfabetowe i zgłoskowe; do pierwszych należą: momotanie (*Stammeln*), bełkotanie (*Lallen*); do drugich: jąkanie (*Stottern*), zacinanie (z przepuszczaniem zgłosek) (*Silbenstolpern*). Prelegent mówi o każdéj z osobna formie zboczeń artykulacyi, zastanawia się nad ich patogenezą, a kończy zajmujący wykład uwagami nad głuchoniemotą.

Dr. Czarda demonstruje przy pomocy drążkowego przyrządu i fonometru własnego pomysłu: *a*) linije krzywe w cierpieniach chrząstek trąbki Eustachijusza; *b*) linije krzywe prawidłowe, oraz chorobowe: przy obrzękach nosa i przebiciu podniebienia. Prelegent dochodzi do następujących wniosków: podniebienie miękkie ma główny wpływ na tworzenie się i czystość dźwięku samogłosek; głos nosowy nie powstaje przy zaciśnieniu nosa, lecz przy nazbyt przestronnéj prożni nosowéj, przy niedomykalności klapy podniebieniowéj, przy przedziurawieniach podniebienia twardego i miękkiego. Przy zbytecznéj przestronności jamy nosowo-gardzielowéj możebném jest wymówienie nosem samogłosek, oraz *h* i *ch*, napełniając usta wodą.

Dr. J. Thomayer: Wrzód gruźliczy języka. Prelegent dłużéj zastanawia się nad częścią histologiczną przedmiotu swego odczytu. Literatura kliniczna wrzodu gruźliczego języka jest dosyć obfitą, natomiast badania histologiczne są nader skąpe; z obszerniejszych prac przytacza prelegent rozprawę Nedopila, który utrzymuje, że gruzełek tworzy się dzieleniem komórek, a włókno stanowi podścielisko. Prelegent demonstruje preparaty, wskazuje na nadzwyczaj drobne ogniska gruzełków wśród zachowanych włókien mięśniowych; preparaty te nie potwierdziły wyników badań Nedopila; zwraca prelegent uwagę jeszcze na tę okoliczność, że stwierdził w obydwóch swoich przypadkach bujanie śródbłonka w naczyniach. Łożyska gruźlicze, chociażby gruzełki były nader małe, znajdują się głęboko pod wrzodem, makroskopijnie 1cm. pod powierzchnią; jest to cenna wskazówka dla terapii, gdyż staje się faktem niewątpliwym, że wszelkie przyżegania muszą pozostać bez skutku. Th. w jednym przypadku przyżegał wrzód gruźliczy chlorkiem cynku; po odpadnięciu strupa pokazał się na ziarninowéj powierzchni gruzełek, który z biegiem czasu rozpadł się. Prelegent wnioskuje, że stosowanie żegadła w leczeniu wrzodu gruźliczego języka jest nieusprawiedliwioném.

Dr. Hláva: O nowym czynniku etyjologicznym zwapnienia płuc. Wiadomo, że obce ciała dostają się do płuc dwoma drogami: bądź drogą prostą przez oskrzela, bądź téż z obwodu zanoszą je do płuc naczynia. Jest jednak trzeci sposób, mianowicie naczynia płucne same mogą ulegać schorzeniu i następowemu zwapnieniu; przypadek taki spostrzegał prelegent u 49-letniéj kobiety, która chorowała na przepuklinę lewostronną i rozedmę płuc; szczyt prawego płuca téj choréj był zwapniały, mikroskop wykazał zwykłą rozedmę i zwapnienie naczyń, mianowicie małych końcowych gałązek tętnicy płucnéj, i początkowych żyły płucnéj. H. jest przekonany, że rozedma jest przyczyną zwapnienia naczyń, że wywołuje ona początkowo zwyrodnienie ścian naczyń, a następnie ich zanik. Znacznych rozmiarów przepuklina, zawierająca w swym worku trzewia, tak że żołądek dotykał wewnętrznego otworu worka przepuklinowego, miała również wpływ na zwapnienie, wywołując skutkiem znacznéj dyslokacyi narządów trawienia zmiany w krążeniu mlecza (*chylus*). Prelegent objaśnił swój odczyt odnoszącemi się do przedmiotu preparatami. Dr. Hlava w dalszym ciągu mówił o etyjologii wrzodów dwunastnicy, gdyż obecnie popłatne teoryje nie są w stanie wyjaśnić przyczyny powstawania téj choroby. H. sądzi, że wrzody dwunastnicy są przyrody zapalno-grzybkowéj, a opiera swoje mniemanie na spostrzeganiu jednego przypadku, który opisał i objaśnił preparatami.

Dr. H. Krasiński. O udziale Czechów w rozwoju oświaty i nauki lekarskiéj w dawnéj Polsce. Prelegent rozpoczął odczyt od czasów pierwszego zetknięcia się Polaków i Czechów w X stóleciu, i przeszedł przez następne wieki do dni naszych, uwydatniając imiona czeskich uczonych, którzy w szkołach polskich nauczali i do szerzenia postępu w bratnim narodzie przyczynili się. Odczyt ten nie nadaje się do streszczenia. Prelegent rozdał go w formie ozdobnéj broszury Zgromadzonym.

Dr. Chodunský mówił o wielkim lekarzu polskim XVI wieku, Wojciechu Oczko, przy czém uczynił krótki za rys literatury lekarskiéj w dawnéj Polsce, za czasów złotego wieku Zygmunta Augusta.

Dr. Chudoba. O zakończeniu nerwu węchowego. Prelegent twierdzi, że błona śluzowa nosa ma dwuwarstwowy przybłonek, i rozróżnia w nim trzy rodzaje komórek: *a)* rosochate, mające jądra i jąderka jednorodne, stanowiące utkanie podporne; *b)* drugie mają również jednorodne jądra i jąderka; osłonka ich powleka jądro i wydłuża się w górę ku wolnemu końcowi, tworząc liczne migawki, ku dołowi zaś zbiega włókienkiem ku komórce będącej już w tkance łącznej; trzecie komórki są właściwie przybłonkowe, osłonki obejmują jądro małe, ziarniste; na swéj powierzchni mają migawki, ku dołowi zwężają się i widelcowato kończą się w komórkach drugiéj warstwy. Prelegent mniema, że zakończenie nerwu węchowego ma miejsce w warstwie drugiéj komórek przybłonka.

Dr. Mayzel mówił o dzieleniu się komórek, a zajmujący swój wykład poparł pięknemi preparatami mikroskopijnemi.

Dr. Steffal. O rozworach dla aorty i gardzieli w przeponie. Średnia para nóżek lędźwiowych przepony nie tworzy rodzaju zwieracza dla aorty, jak to przypuszczał Hyrtl w swojéj Anatomii opisowéj, przeciwnie brzeg przepony, jak to słusznie twierdzi Henle, jest rozszérzaczem dla rozworu aorty. Rzecz się ma inaczéj z rozworem gardzielowym, gdzie istnienie zwieracza jest powszechnie uznaném. Badanie przepony doprowadziło prelegenta do wyników, które podał Henle; z swej strony S. uzupełnia opis Henlego osobistemi uwagami, mianowicie że włókna mięśniowe odchodzą od rozworu dla aorty równolegle do tylnéj warstwy trzywarstwowego środka przepony; większa część włókien mięśniowych, przybierając kierunek krzyżujący się, tworzy most między rozworami dla aorty i gardzieli. Obszerne sprawozdanie z téj pracy ma umieścić Časopis č. l.

Dr. Steffal jednocześnie demostrował czaszkę, którą przyniósł Dr. Šorejs; na czaszce téj znajduje się zagłębienie $1^1/_2$ cm. głębokie a 2 cm. szérokie; przez całych

lat 12 chory nie ulegał żadnym zaburzeniom w sferze mózgowéj. W ostatnich czasach w miejsce przedniego ciemiączka ugodził kamień z wysokości 12 sążni, i nagłą śmierć spowodował. *Dr. A. Kwaśnicki.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Otrzymaliśmy list następujący:

W sprawie szczepienia ospy. Na mocy rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z dnia 11 kwietnia 1876 r. l. 16,727 i 18 marca 1877 r. l. 14,377 przyznano lekarzowi za szczepienie ospy dyjety jednodniowe jeżeli:

a) niepodejmując żadnéj podróży zaszczepi, zrewiduje lub zrewakcynuje 60 osób;

b) podejmując podróż,

	w odległości	1— 4	kilometr. zaszczepi itd.	40 osób
c)	nad	4— 7,5	„ „ „	30 „
d)		7,5—11,5	„ „ „	25 „
e)		11,5—15	„ „ „	20 „
f)	ponad	15 —19	„ „ „	15 „
g)		19 —25	„ „ „	10 „
h)		25 —35	„ „ „	5 „

i) odbędzie podróż w odległości ponad 35—40 kilometrów.

W miarę większéj liczby szczepionych lub zrewidowanych służy lekarzowi prawo porachowania podług powyższéj normy należytości za 2, 3 i więcéj-dniową dyjetę bez względu na czas w jakim szczepienia lub rewizyi dokonał; jednak zawsze tylko w stosunku do oddalenia i ilości dzieci szczepionych lub zrewidowanych.

Na rozporządzenie powyższe zgodzili się wszyscy koledzy, jako odpowiedne i słuszne. Po przeprowadzeniu szczepienia ospy i nadesłaniu rachunków do c. k. Starostwa w Krośnie otrzymałem temi dniami następujące uwiadomienie: „Reskryptem z d. 30 marca rb. l. 17,529 Wys. c. k. Namiestnictwo zarządziło, aby odtąd w rachunkach za szczepienie liczyć należytości dyjet jedynie stosownie do ilości szczepionych, zrewakcynowanych lub rewidowanych osób, a to wedle normy podanéj tutejszym okólnikiem z dnia 11 kwietnia 1876 r. l. 16,727 za 60 osób szczepionych dyjeta jednodniowa, bez uwzględnienia stosunku wypadającego z odległości, gdyż dotyczącą podróż odbywa się nie wyłącznie w celu szczepienia ale szczepią na miejscu przy sposobności. Milowe należy liczyć za dojazd w rachunku za leczenie, za powrót zaś w rachunku za szczepienie, ze stosowną uwagą w obu rachunkach. Rachunki w odmienny sposób sporządzone będą do przerobienia zwracane. O czém Pana w celu zastosowania się w danych razach zawładamiam.

Krosno, dnia 14 maja 1882 r.

Kierownik c. k. Starostwa.
Romer, m. p.

Pytam szan. Kolegów, co rozumieć należy przez wyrażenie „przy sposobności"? Mając 20 wsi górskich rozległych do szczepienia, gdzie naród prawie zupełnie nie wzywa pomocy lekarskiéj, z powodu ciemnoty jako téż nędzy, jakim sposobem można dzieci przy sposobności zaszczepić, zrewidować i zebrać limfę do dalszego szczepienia? Wprawdzie zdarza się w niektórych wsiach od czasu do czasu czynność sądowo-lekarska, lecz nie mogąc poprzednio naczelnika gminy uwiadomić o czasie szczepienia, nie mając także dzięki systemowi oszczędności rządu wynagrodzenia za konie, jest rzeczą niemożliwą i w tym razie szczepić „przy sposobności". Pytam się wreszcie szan. kolegów, w jaki sposób szczepiąc „przy sposobności", zdołam limfę zebrać, aby szczepienie było w toku. Co do słów „Milowe należy liczyć . . . . aż do w obu rachunkach", przyznać się muszę, że mi zupełnie są niezrozumiałe. *Dr. Karol Reiss.*
Lekarz miejski i sądowy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 lipca umarło w Krakowie wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,2 (32,8 z. t.). Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy, 1 krztuśca, 1 duru osutkowego, 7 czerwonki. W tygodniu od 16 do 22 lipca umarło z ospy w Wiedniu 16, w Budapeszcie 11, w Pradze 4, w Paryżu 15, w Petersburgu 15, w Warszawie (od 2 do 8 lipca) 29. W czerwcu pojawiała się ospa w Rzymie, Barcelonie, Lizbonie i Madrycie. Złagodniała ospa w połowie czerwca w Chicago i Cincinnato. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie i w Warszawie po 2, w Amsterdamie, Petersburgu, Maladze, Murcyi i Saragosie po 1. Kilka przypadków śmierci zaszło także w Lizbonie około połowy czerwca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 lipca umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,8; we Lwowie 34,8; w Poznaniu 39,4; w Wiedniu 27,0; w Budapeszcie 35,7; w Pradze 30,6; w Tryjeście 29,5; w Berlinie 42,1; w Wrocławiu 46,0; w Gdańsku 31,1; w Królewcu 44,0; w Mnichowie 32,8; w Dreźnie 30,0; w Lipsku 24,7, w Bazylei 14,7; w Brukseli 19,5; w Amsterdamie 23,7; w Paryżu 22,9; w Kopenhadze 25,0; w Stokholmie 18,8; w Chrystyjanii 21,7; w Petersburgu 31,8; w Odesie 40,9; w Rzymie 24,4, w Bukareszcie 27,0; w Madrycie 46,0 w Lizbonie 35,4; w Nowym Yorku 25,5; w Filadelfii 19,6; w Bombaju 20,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 sierpnia. Zakres zbawiennéj opieki, którą społeczeństwo ucywilizowanych narodów otacza ubogich i maluczkich, z dniem każdym rozszerza swe dobroczynne koło. Staraniem i ofiarnością filantropów stanęły szpitale dzieci we wszystkich większych miastach Europy; spostrzeżenia szpitalne doprowadziły jednak do smutnego przeświadczenia, że większa połowa dzieci, szukających pomocy w szpitalach, cierpi na zboczenia odżywcze; że zołzy, krzywica i zakażenie zimnicze są istotnym powodem wysokiego odsetka śmiertelności dzieci w szpitalach. Usiłowania więc ludzi dobroczynnych, w czém im wiele pomagają rządy dobrze rozumiejące swój interes, postąpiły daléj, Włochy, Francyja, Anglija potworzyły szpitale i kolonije nadmorskie, mniéj mający morza Niemcy, kolonije wakacyjne w górach. W naszym kraju Warszawa pierwsza wprowadziła w czyn kolonije letnie; w Nrze 32 *Medycyny* czytamy nadzwyczaj pocieszającą wzmiankę o powrocie dziewczynek z 4-tygodniowego pobytu w Nowo Mińsku; rezultat pod względem zdrowia wypadł nadspodziewanie dobrze; po zważeniu okazało się, że na wadze wszystkie zyskały po kilka i kilkanaście funtów. Podczas pobytu w kolonii stan dzieci był doskonały, o czém świadczą czerstwe ich policzki. Na tak dobry wynik złożyły się: odpowiedni wybór miejsca, zdrowe i obfite pożywienie, a wreszcie poruczenie kolonii dobrym, swe powołanie rozumiejącym nauczycielom i nauczycielkom. Kraków i Lwów posiadają ludzi, dzierżących szlachetny przywilej opiekowania się choremi dziećmi; ich zabiegom Galicyja zawdzięcza szpitale: św. Ludwika i św. Zofii. Przed 2ma laty Komisyja balneologiczna wystósowała memoryjał do Towarzystwa opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie w sprawie założenia takich kolonij: w Rabce lub Wieliczce dla Galicyi zachodniéj, w Iwoniczu lub Rymanowie dla wschodniéj. Zajęte w on czas myślą budowy pawilonu chorób zakaźnych, Towarz. opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie odpowiedziało Komisyi baln., że po ukończeniu pawilonu, postawi na porządku dalszego swego rozwoju sprawę filij szpitala letniego w Rabce lub Wieliczce. Gdy więc od początku rb. pawilon chorób zakaźnych już jest oddany na użytek chorych, wolno nam cieszyć się nadzieją, że znane z swéj gorliwości Towarzystwo opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie, wprowadzi w życie instytucyję kolonij letnich (czy téż filij szpitala dla skrofulicznych), mającą niezmierne znaczenie w sprawie odrodzenia się zastraszająco upadającego na zdrowiu społeczeństwa naszego.

* **Lwów** 8 sierpnia. D. 6 b. m. obchodził Dr. Grzegórz Ziembicki, 50 letni jubileusz otrzymania stopnia doktora medycyny. W uroczystości téj wzięli udział weterani z r. 1831, jako towarzysze broni, do pocztu których należy jubilat, a prócz tego bardzo liczny zastęp lekarzy lwowskich z Drem Hoszardem na czele, oraz delegaci aptekarzy lwowskich pp. Kochanowski i Piepes. Po odczytaniu adresu przemówił Dr. Hoszard krótko i serdecznie w imieniu kolegów, a po nim zabierali głos obaj delegaci w imieniu aptekarzy, którzy również za pośrednictwem delegatów wręczyli adres jubilatowi. Jubilat urodził się w Samborze r. 1806. Ojciec jego był prezesem miasta Przemyśla. Służył po ukończeniu nauk w wojsku polskiém w Warszawie, poczém wrócił do studyjów medycznych, a ukończywszy je

w Wiedniu, zaciągnął się w szeregi walczące w r. 1831, pełniąc obowiązki lekarza. Następnie wrócił do Wiednia dla otrzymania stopnia doktora (1832), poczém osiedlił się w Przemyślu, gdzie w r. 1848 sformował gwardyję narodową; w r. 1855 przeniósł się do Lwowa, w r. 1861 został wybrany posłem na sejm krajowy z Przemyśla. Jubilat należał i należy do najwziętszych lekarzy.

W Krynicy do 1 sierpnia bawiło osób 2584.

W Cieplicach czeskich do d. 1 sierpnia bawiło gości kąpielowych 7.670.

* W czerwcowym zeszycie *Anal. d'hyg.* czytamy, że Dr. Ladame w Szwajcaryi miał zadanie odpowiedzenia na pytanie czy możebném jest zgwałcenie osoby zahypnotyzmowanéj? Piąty to już przypadek w historyi sądowéj medycyny: pierwszy w Marsylii w r. 1858, drugi w Tulonie w r. 1865, trzeci i czwarty w Paryżu; znawcy użyci w powyższych przypadkach (Coste, Tardieu, Devergie, Brouardel) orzekli, że zgwałcenie osoby zahypnotyzmowanéj jest możebne. Dr. Ladame uznał również, że możność zgwałcenia jest i w tym przypadku uzasadnioną, ale nie orzekł ażeby przez to zgwałcenie było udowodnioném i dla tego Sąd oskarżonego uwolnił.

* Goniec urzędowy w Petersburgu ogłasza prawo ograniczające używanie dzieci do roboty w fabrykach. Umyślnie w tym celu wyznaczeni inspektorowie mają czuwać nad wykonaniem tego przepisu.

* W pierwszych 10 miesiącach 1881 r. umarło z nałogowego opilstwa we Włoszech osób 304, na 184.000 wszystkich przypadków śmierci, co wynosi 1,65%. Największy odsetek przypada na Wenecyję i Pijemont.

* **Wiedeń.** Z d. 1 września rb. wchodzi w życie za zezwoleniem Ministerstwa oświecenia Zakład operacyjny położniczy w Wydziale lekarskim Uniw. wiedeńskiego. Zakład pozostawać będzie pod kierownictwem 3 profesorów położnictwa; przyjętym może być każdy doktor w. n. lek., pochodzący z krajów reprezentowanych w Radzie Państwa; kurs trwać będzie 6 miesięcy, pierwszy od 1 września do ostatniego lutego, a drugi od 1 marca do ostatniego sierpnia; w każdym kursie przyjętych będzie 9 doktorów, po 3 w każdéj klinice. Kandydaci winni się zgłosić do Dziekana Wydziału, o przyjęciu stanowi grono profesorów z przeważném uwzględnieniem lekarzy szpitalnych. Uczęszczający na kurs mają prawo asystowania przy operacyjach a nawet uskuteczniania operacyj *in vivo* pod kierunkiem profesorów lub ich zastępców; po ukończeniu kursu mogą żądać świadectwa z odbytego kursu.

Prymaryjuszem w szpitalu na Wiedeniu mianowany został Dr. Lütkemüller.

Znany księgarz i nakładca Braumüller mianowany został honorowym doktorem medycyny Wydziału lek. w Würzburgu.

Dr. Hebetanz urządza w Volksgarten we Wiedniu zakład kuracyi winogronowéj, który będzie otwarty od połowy sierpnia do połowy października.

* **Paryż.** Rada miejska przyznaczyła plac i 4500 fr. dla wystawienia pomnika ojcowi nowoczesnéj psychijatryi Pinelowi. Pomnik ma stanąć przed krużgankiem Salpetrière.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Klausenburg.** Dr. Leon Davida mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii opisowéj i topograficznéj.—**Berlin.** W skutek nieprzyjęcia przez Volkmanna katedry opróżnionéj po ustąpieniu Langenbecka Wydział przedstawił trzech innych kandydatów a mianowicie: Königa, Bergmana i Czernego. Z tych kandydatów ministeryjum obrało Bergmanna, mianowanego niedawno jeneralnym lekarzem *à la suite*. Prof. Bergmann liczy lat 50, urodził się w Inflantach, gdzie jego ojciec był lekarzem; w roku przeszłym dopiero powołany został z Dorpatu do Würzburga. — **Fryburg.** Prof. nadzw. Dr. Röhrig, lekarz zdrojowy w Kissingen, dawniéj w Kreuznach, zmuszony był zrzec się profesury z powodu oskarżenia go przez lekarzy zdrojowych w Kreuznach o postępowanie ubliżające godności lekarskiéj. — **Wrocław.** Dziekanem Wydziału lekarskiego na przyszły rok szkolny wybrano prof. Biermera.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Stoffela we Wiedniu, używający dotąd tytułu profesora nadzw. mianowany został profesorem nadzw. patologii i terapii lekarskiéj w Wydziale lek. we Wiedniu.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Jagiełło Demczyński lekarz w 2 pułku piechoty mianowany został lekarzem starszym w 51 pułku piechoty.

* **Nekrologija.** *Nowoje Wremja* donosi o śmierci rzeczywistego tajnego radcy Dra Gaurowitza, który wydał kilka prac lekarskich po niemiecku.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 31: Sokołowskiego: Przypadek raka wątroby z niezwykle szybkim przebiegiem. — W *Medycynie* Nr. 31: Boryssowicza: Z kazuistyki sądowolekarskiéj. (C. d.)

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. P. we Lwowie: Zastósowaliśmy się do wskazówek podanych w ostatnim liście kolegi. — **Dr. G. W. w Hadiaczu:** Nr. 6 Dziennika Zjazdu był w swoim czasie wysłany; ponieważ nie doszedł wysełamy powtórnie.

Do Nru dzisiejszego dołącza się Skład Towarzystwa lek. krak. w dniu 31 grudnia r. 1881.

W zastępstwie redaktora **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.